
ROZDZIAŁ 2

OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBETAMI PODDAJĄCYMI SIĘ ZABIEGOWI PRZERWANIA CIĄŻY

STRESZCZENIE

Postępowanie przed zabiegiem przerwania ciąży

- Określenie zaawansowania ciąży jest najistotniejszym czynnikiem przy wyborze najwłaściwszej metody jej przerwania. Zwykle wystarcza badanie ginekologiczne dwuręczne i rozpoznanie innych objawów. W celu potwierdzenia rozpoznania można wykonać badania laboratoryjne lub ultrasonograficzne.
- Na obszarach, gdzie powszechnie występuje anemia, zmierzenie poziomu hemoglobiny lub hematokrytu umożliwi szybkie działanie w razie wystąpienia komplikacji, które mogłyby wymagać transfuzji krwi.
- Rutynowe podawanie antybiotyków przy przerwaniu ciąży zmniejsza ryzyko infekcji po zabiegu. Nie można jednak odmówić przeprowadzenia zabiegu, jeżeli nie ma środków do zapewnienia profilaktyki antybiotykowej.
- Kobieta musi otrzymać kompletne, dokładne i zrozumiałe informacje – czego może się spodziewać w trakcie zabiegu i po nim, a także poznać możliwości wyboru, aby mogła podjąć świadomą decyzję.

Metody przerywania ciąży

- We wczesnym stadium (pierwszy trymestr) preferowane są następujące metody przerwania ciąży:
 - ręczne lub elektryczne odessanie próżniowe – do 12 tygodnia włącznie licząc od daty ostatniej miesiączki;
 - metoda farmakologiczna – połączenie mifepristonu i prostaglandyny, np. misoprostolu lub gemeprostu, do 9 tygodnia włącznie licząc od daty ostatniej miesiączki. Misoprostol jest prostaglandyną najczęściej wybieraną, ponieważ jest tani i nie wymaga przechowywania w warunkach chłodniczych.
- Wyłyżeczkowanie macicy (D&C – *dilatation and curettage*) powinno być stosowane wyłącznie wówczas, gdy metody próżniowa lub farmakologiczna nie są dostępne.
- W przypadku ciąży trwającej dłużej niż 12 pełnych tygodni licząc od daty ostatniej miesiączki, preferowane są następujące metody:
 - rozszerzenie i opróżnienie jamy macicy (D&E – *dilatation and evacuation*) przy użyciu odessania próżniowego i kleszczy;
 - mifepriston i powtarzane dawki prostaglandyny, np. misoprostolu lub gemeprostu;

powtarzane dawki samej prostaglandyny (misoprostolu lub gemeprostu).

- Zaleca się przygotowanie szyjki macicy przed zabiegiem chirurgicznym w przypadku ciąży trwającej dłużej niż 9 pełnych tygodni u kobiet, które jeszcze nie rodziły, kobiet poniżej 18 roku życia oraz w przypadku ciąży trwającej dłużej niż 12 pełnych tygodni u wszystkich kobiet.
- Zawsze należy zaproponować kobiecie środki uśmierzające ból. W większości przypadków wystarczają analgetyki, znieczulenie miejscowe i/lub łagodne środki uspokajające oraz słowa otuchy.
- Jeśli konieczne jest mechaniczne rozszerzenie szyjki macicy przed zabiegiem chirurgicznym, powinno się zastosować znieczulenie miejscowe, np. ostrzykiwanie szyjki macicy lidokainą, w celu złagodzenia dyskomfortu odczuwanego przez kobietę. Nie zaleca się znieczulenia ogólnego podczas przerywania ciąży, ponieważ wiąże się ono z większym odsetkiem powikłań niż przy znieczuleniu miejscowym.
- W celu zmniejszenia ryzyka zakażeń przez krew, w tym HIV, należy stosować zwykle środki zapobiegania zakażeniom, takie jak stosuje się przy opiece nad wszystkimi pacjentami.

Postępowanie po zabiegu

- Po zabiegu ambulatoryjnym kobieta może opuścić ośrodek opieki zdrowotnej, jeśli tylko czuje się na siłach, a jej czynności życiowe są w normie.
- W wypadku zastosowania metod zabiegowych wizyta kontrolna powinna być wyznaczona w terminie 7-10 dni po zabiegu.
- W wypadku zastosowania metod farmakologicznych, jeżeli nie dojdzie do poronienia zanim kobieta opuści ośrodek opieki zdrowotnej, powinna ona wrócić po 10-15 dniach, by można było skontrolować, czy w macicy nie zostały resztki jaja płodowego.
- Przed opuszczeniem ośrodka opieki zdrowotnej każda kobieta powinna otrzymać informację o antykoncepcji, te zaś, które wyrażą takie życzenie – środki antykoncepcyjne lub skierowanie do ośrodka świadczącego usługi w tym zakresie.
- Kobiety powinny otrzymać ustne i pisemne instrukcje na temat tego, jak dbać o siebie po opuszczeniu ośrodka opieki zdrowotnej, jak obfitego krwawienia mogą się spodziewać, jak rozpoznać komplikacje i uzyskać pomoc w razie ich wystąpienia.

Definicje terminów użytych w niniejszej publikacji

Zabiegowe metody przerywania ciąży

- przeprowadzenie przezszyjkowego zabiegu w celu przerywania ciąży, w tym odessania próżniowego, rozszerzenia szyjki i wyłyżeczkowania macicy (D&C) lub rozszerzenia szyjki i opróżnienia jamy macicy (D&E).

Farmakologiczne metody przerywania ciąży

- podanie środków farmakologicznych w celu przerywania ciąży. Czasem używany jest również termin „metoda niezabiegowa”.

Zaawansowanie ciąży

- liczba pełnych dni lub tygodni od pierwszego dnia ostatniej normalnej menstruacji.

Wywołanie miesiączki

- wczesne opróżnienie jamy macicy bez potwierdzenia ciąży badaniami laboratoryjnymi lub ultrasonograficznymi u kobiet, które zgłaszają opóźnianie się miesiączki.

2.1 OPIEKA PRZED ZABIEGIEM PRZERWANIA CIĄŻY

Pierwsze działania polegają na ustaleniu, czy kobieta jest rzeczywiście w ciąży, a następnie na ocenie zaawansowania ciąży i potwierdzeniu, że jest wewnątrzmaciczna. Wprawdzie gdy zabieg jest właściwie przeprowadzony, ryzyko związane z przerywaniem ciąży jest niewielkie, wzrasta ono jednak wraz z zaawansowaniem ciąży (Grimes i Cates 1979). Określenie stopnia zaawansowania ciąży jest zatem niezwykle istotnym czynnikiem w wyborze najodpowiedniejszej metody jej przerywania.

W każdym punkcie opieki zdrowotnej personel powinien być przeszkolony i kompetentny w zakresie zebrania wywiadu od kobiety i przeprowadzenia badania ginekologicznego. Ośrodki opieki zdrowotnej, które nie dysponują odpowiednim sprzętem i personelem dokonującym zabiegów przerywania ciąży, muszą móc szybko kierować kobiety do najbliższych ośrodków świadczących te usługi. Personel powinien być również przygotowany do poinformowania kobiety o możliwościach wyboru (patrz punkt 1.10.1).

2.1.1 Przeprowadzenie wywiadu chorobowego

Większość kobiet zaczyna podejrzewać ciążę, gdy opóźnia się menstruacja. Należy zapytać kobietę o pierwszy dzień jej ostatniej miesiączki, tzn. pierwszy dzień krwawienia, oraz o to, czy menstruacja przebiegała normalnie. Zatrzymanie miesiączki może nastąpić z innych powodów niż ciąża, a kobiety w ciąży niekoniecznie muszą zgłaszać brak miesiączki. Np. kobiety karmiące piersią mogą zająć w ciążę przed wystąpieniem pierwszej miesiączki po porodzie. U niektórych kobiet we wczesnej ciąży zdarza się niemiesiączkowe krwawienie, które może być przyczyną niezauważenia ciąży lub nieprawidłowego określenia jej

zaawansowania. Inne objawy zwykle zgłaszane przez kobiety we wczesnej ciąży to zwiększona wrażliwość na dotyk i obrzmienie piersi, nudności i czasami wymioty, zmęczenie, zmiany apetytu i częstsze oddawanie moczu.

2.1.2 Badanie wstępne

Personel opieki zdrowotnej musi potwierdzić ciążę pacjentki i określić jej zaawansowanie przeprowadzając badanie ginekologiczne. Wprawdzie wiele osób spośród personelu opieki zdrowotnej ma za sobą przeszkolenie w określaniu zaawansowania ciąży w ramach opieki prenatalnej, ale nie zawsze mają doświadczenie w diagnozowaniu bardzo wczesnej ciąży lub dokładnym określaniu zaawansowania ciąży w pierwszym trymestrze. Dlatego często potrzebne jest dodatkowe szkolenie personelu dokonującego zabiegów przerywania ciąży (patrz rozdział 3).

Do objawów ciąży wykrywalnych podczas badania ginekologicznego już w 6-8 tygodniu należą: zmiękczenie cieśni szyjki oraz rozpulchnienie i powiększenie macicy. Jeżeli macica kobiety ciężarnej jest mniejsza, niż należałoby się spodziewać, może to być spowodowane mniejszym zaawansowaniem ciąży niż zostało to określone na podstawie daty ostatniej miesiączki, ciążą pozamaciczną lub niezauważonym poronieniem. Macica większa niż należałoby się spodziewać, może być dowodem ciąży bardziej zaawansowanej niż zostało to określone na podstawie daty ostatniej miesiączki, ciąży mnogiej, występowania mięśniaków lub ciąży zaśniadowej.

Podczas badania przedmiotowego, personel opieki zdrowotnej powinien również określić, czy macica jest przodopochylona, tyłopochylona lub położona w inny sposób, może to bowiem wpłynąć na ocenę zaawansowania ciąży lub skomplikować zabieg jej chirurgiczny.

gicznego przerwania. Personel powinien być przeszkolony w zakresie rozpoznawania objawów zakażeń przenoszonych drogą płciową i innych zakażeń układu rozrodczego, oraz innych schorzeń, takich jak anemia lub malaria, które mogą wymagać dodatkowych zabiegów lub opieki medycznej. W razie wykrycia patologii szyjki macicy, należy skierować kobietę do odpowiedniego ośrodka na dalsze badania.

2.1.3 Badania laboratoryjne

Do potwierdzenia ciąży i określenia jej zaawansowania personelowi dokonującemu zabiegów przerwania ciąży potrzebne są zwykle informacje uzyskiwane w rozmowie z kobietą i w trakcie badania przedmiotowego. Laboratoryjne badania ciążowe nie są konieczne, z wyjątkiem sytuacji, gdy nie występują wyraźnie typowe oznaki i personel nie ma pewności, czy kobieta jest w ciąży. Oczekiwanie na takie badania nie powinno jednak opóźniać lub uniemożliwiać opróżnienia jamy macicy.

Pomiar poziomu hemoglobiny lub hematokrytu w celu wykrycia anemii u kobiet mieszkających na obszarach, na których powszechnie występuje anemia, umożliwia personelowi podjęcie leczenia i przygotowanie się na wypadek wystąpienia krwotoku podczas lub po zabiegu przerwania ciąży.

Badania określające grupę krwi i czynnik Rh powinny zostać przeprowadzone, jeśli to możliwe, zwłaszcza w ośrodkach na wyższym poziomie referencyjnym, na wypadek wystąpienia komplikacji, które mogą wymagać transfuzji krwi (patrz 2.5.2.3 poniżej).

2.1.4 Badanie ultrasonograficzne

Wykonywanie badania ultrasonograficznego przed zabiegiem przerwania wczesnej ciąży nie jest konieczne (RCOG 2000 – *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* – Królewskie Towarzystwo Położników i Ginekologów). Badanie ultrasonograficzne może być pomocne w wykryciu ciąży pozamacicznej trwającej dłużej niż 6 tygodni. Dla niektórych osób spośród personelu opieki zdrowotnej ultrasonograf jest przydatny przed zabiegiem lub w trakcie zabiegu w przypadku ciąży bardziej zaawansowanej. Jeżeli przeprowadza się badanie ultrasonograficzne, ośrodek powinien w miarę możliwości zapewnić osobne pomieszczenie do badania kobiet decydujących się na przerwanie ciąży, oddzielone od pokoju badań dla kobiet objętych opieką prenatalną.

2.1.5 Wcześniej występujące stany chorobowe

Oprócz potwierdzenia ciąży i określenia jej zaawansowania, personel opieki zdrowotnej powinien zebrać pełen wywiad dotyczący stanu zdrowia kobiety

i wyodrębnić inne czynniki, które mogłyby mieć wpływ na zabieg przerwania ciąży. Do czynników tych należą: zaburzenia krwawienia i uczulenie na którykolwiek ze środków przewidzianych do podania w trakcie zabiegu; ponadto należy uzyskać informację o wszelkich lekach przyjmowanych przez kobietę i ich potencjalnych interakcjach ze środkami, które mają być podane podczas zabiegu.

Z medycznego punktu widzenia, występowanie zakażenia wirusem HIV u kobiety poddającej się zabiegowi przerwania ciąży wymaga takich samych środków ostrożności, jak przy innych interwencjach medycznych/chirurgicznych (patrz 2.5.1 poniżej). Jeżeli wiadomo, że kobieta jest seropozytywna, niezbędne może się okazać zapewnienie jej specjalnego poradnictwa (patrz 1.10.1).

2.1.6 Zakażenia układu reprodukcyjnego

Infekcja dolnego odcinka dróg rodnych u kobiet poddających się zabiegowi jest czynnikiem ryzyka pozabiegowych zakażeń układu reprodukcyjnego (Penney et al. 1998). Ocenia się, że rutynowe podawanie antybiotyków podczas zabiegów przerwania ciąży zmniejsza pozabiegowe ryzyko zakażenia o połowę (Sawaya et al. 1996). Ale zabieg przerwania ciąży może zostać przeprowadzony również bez profilaktyki antybiotykowej. W każdej sytuacji ściśle przestrzeganie zasad higieny i dezynfekcji odgrywa istotną rolę w zapobieganiu zakażeniom pozabiegowym (patrz punkt 2.5.1).

Jeżeli u kobiety pojawią się kliniczne objawy zakażenia, powinna ona zostać natychmiast poddana leczeniu antybiotykami, po czym może zostać przeprowadzony zabieg przerwania ciąży. W ośrodkach przeprowadzających rutynowe badania laboratoryjne na obecność zakażeń układu reprodukcyjnego nie należy odkładać przeprowadzenia zabiegu do czasu otrzymania wyników badań, jeżeli kobieta nie ma widocznych oznak zakażenia.

2.1.7 Cięża pozamaciczna

Ciąża pozamaciczna może stanowić zagrożenie dla życia. Do objawów wskazujących na ciężą pozamaciczną należą: mniejsza macica niż należałoby się spodziewać w określonym stadium zaawansowania ciąży oraz ból w dolnej części brzucha, zwłaszcza jeżeli towarzyszą temu: krwawienie lub plamienie, zawroty głowy lub omdlenia, bladeść, a u niektórych kobiet także bolesny guz przydatków. W razie podejrzenia ciąży pozamacicznej należy natychmiast potwierdzić diagnozę i rozpocząć leczenie lub przenieść kobietę do ośrodka, który może się tego podjąć (szczegółowe informacje o sposobie leczenia: patrz Światowa Organizacja Zdrowia 2000a).

Należy zwrócić uwagę, że trudniej zdiagnozować ciężą pozamaciczną w trakcie i po zabiegu przerwania ciąży metodą farmakologiczną, ze względu na

podobieństwo symptomów towarzyszących działaniu podanych środków farmakologicznych i ciąży pozamacicznej. Dlatego jeżeli po zastosowaniu farmakologicznej metody przerwania ciąży, bez wcześniejszego potwierdzenia ciąży wewnątrzmacicznej, kobieta po zabiegu odczuwa ostry i nasilający się ból, należy ją przebadać pod kątem ciąży pozamacicznej.

2.1.8 Izoimmunizacja Rh

W Stanach Zjednoczonych w 1961 roku zalecono bierną immunizację immunoglobuliną zawierającą przeciwciała Rh (D) wszystkich kobiet z ujemnym czynnikiem Rh w ciągu 72 godzin po zabiegu przerwania ciąży (Finn et al. 1961), lecz nadal brak niezbitych dowodów na konieczność stosowania tego środka po zabiegu przerwania ciąży w pierwszym trymestrze. W ośrodkach rutynowo podających immunoglobulinę anty D kobietom o ujemnym czynniku Rh, należy ją podawać w czasie zabiegu przerwania ciąży. U kobiet, u których stosuje się farmakologiczne metody przerwania ciąży, zaleca się podawanie immunoglobuliny anty D jednocześnie z podawaniem prostaglandyny (Urquhart i Templeton 1990).

2.1.9 Cytologia szyjki macicy

Niektóre ośrodki mogą proponować kobietom wymaz z szyjki macicy i inne usługi związane ze zdrowiem reprodukcyjnym. Gdy kobieta zgłasza się do ośrodka w celu przerwania ciąży, można przy tej okazji przeprowadzić badania cytologiczne, zwłaszcza w rejonach o wysokiej częstotliwości zachorowań na raka szyjki macicy i zakażeń układu rozrodczego. Jednakże zgoda kobiety na przeprowadzenie takich badań nie może być warunkiem przerwania ciąży; tego typu usługi nie są konieczne do bezpiecznego przerwania ciąży.

2.1.10 Informacja i poradnictwo

Udzielanie informacji stanowi istotną część dobrych jakościowo usług przerywania ciąży. Informacje muszą być kompletne, dokładne i zrozumiałe oraz udzielone z poszanowaniem prywatności kobiety i w sposób poufny. Rozdział 3 zawiera szczegóły na temat szkolenia personelu i innych wymagań związanych z udzielaniem informacji i poradnictwem, łącznie z normami etycznymi.

2.1.10.1 *Poradnictwo dla kobiet podejmujących decyzję*

Poradnictwo może w istotny sposób pomóc kobiecie w rozważeniu wszystkich możliwości dalszego postępowania i w podjęciu decyzji bez presji z niczyjej strony. Poradnictwo powinno być dobrowolne, poufne

i prowadzone przez przeszkoloną osobę.

Jeżeli kobieta decyduje się na przerwanie ciąży, personel opieki zdrowotnej powinien wyjaśnić wszelkie wymogi prawne warunkujące przeprowadzenie zabiegu. Kobieta powinna mieć tyle czasu, ile potrzebuje, aby podjąć decyzję, nawet jeśli oznacza to powtórny wizytę w klinice. Należy jednak poinformować kobietę, że wczesne przerwanie ciąży jest bezpieczniejsze i skuteczniejsze. Personel opieki zdrowotnej powinien również udzielać informacji kobietom decydującym się na donoszenie ciąży i/lub rozważającym oddanie dziecka do adopcji, kierując te kobiety w razie potrzeby do odpowiednich ośrodków.

Czasami partner lub członkowie rodziny wywierają na kobietę presję, aby przerwała ciążę. Niezamężne kobiety niepełnoletnie oraz kobiety zakażone wirusem HIV mogą być szczególnie narażone na taką presję. Wszystkie kobiety, o których wiadomo, że są zakażone wirusem HIV, muszą być świadome ryzyka, jakim dla ich zdrowia jest ciąża, i ryzyka przekazania dziecku wirusa. Powinny również wiedzieć o dostępnych możliwościach leczenia oraz zapobiegania przekazaniu wirusa dziecku, aby mogły podjąć świadomą decyzję, czy donosić ciążę, czy ją przerwać – jeżeli zezwala na to prawo. Mogą sobie również życzyć dodatkowego poradnictwa (Światowa Organizacja Zdrowia 1999). Jeżeli personel medyczny przypuszcza, że kobieta działa pod przymusem, powinien porozmawiać z nią na osobności lub skierować ją na dodatkowe konsultacje. Jeżeli personel wie lub podejrzewa, że kobieta padła ofiarą przemocy lub została wykorzystana seksualnie, powinien ją skierować na odpowiednie konsultacje lub leczenie. Dyrektorzy ośrodków powinni zadbać, by personel wiedział o dostępności takich świadczeń w systemie opieki zdrowotnej i w środowisku (patrz rozdział 3).

2.1.10.2 *Informacje na temat zabiegu przerwania ciąży*

Podstawowy zakres informacji, które kobieta powinna otrzymać:

- co się będzie działo w trakcie zabiegu i potem;
- co może odczuwać (np. bolesne skurcze, ból i krwawienie);
- jak długo będzie trwał zabieg;
- jakie rodzaje znieczulenia ma do wyboru;
- jakie ryzyko i jakie powikłania mogą się wiązać z daną metodą;
- kiedy będzie mogła wrócić do swoich zwykłych zajęć i podjąć współżycie seksualne;
- jak dbać o siebie po zabiegu.

Jeżeli istnieje możliwość wyboru metody przerwania ciąży, odpowiednio przygotowany personel powinien udzielić kobiecie jasnych informacji o tym, które metody są w jej przypadku najwłaściwsze, uwzględniając zaawansowanie ciąży, stan zdrowia kobiety i potencjalne czynniki ryzyka.

2.1.10.3 Informacje i usługi dotyczące antykoncepcji

Informacje i usługi związane z antykoncepcją są bardzo istotną częścią opieki związanej z przerwaniem ciąży, gdyż pozwalają kobiecie uniknąć potem niechcianych ciąży. Każda kobieta powinna zostać poinformowana, że owulacja może wystąpić nawet do około dwóch tygodni po zabiegu (Cameron i Baird 1988), co stwarza ryzyko zajścia w ciążę, jeżeli nie zostanie zastosowana skuteczna metoda antykoncepcyjna. Kobieta powinna otrzymać dokładne informacje, po-

mocne w wyborze najodpowiedniejszego dla niej środka antykoncepcyjnego. Jeżeli chce przerwać ciążę, do której w jej mniemaniu doszło wskutek zawodności metody antykoncepcji, osoba z personelu medycznego powinna z nią porozmawiać o tym, czy ta metoda była stosowana prawidłowo, w jaki sposób należy ją właściwie stosować, lub czy należy ją zmienić na inną (omówienie poszczególnych metod zapobiegania ciąży znajduje się w punkcie 3.2 i aneksie 4). Ostatecznie jednak wybór metody zapobiegania ciąży musi należeć do kobiety.

Nie można uzależniać przeprowadzenia zabiegu od wyrażenia przez kobietę zgody na stosowanie metody

2.2 METODY PRZERYWANIA CIĄŻY

STRESZCZENIE

Rysunek 2.1 przedstawia stosowane na całym świecie metody przerywania ciąży najodpowiedniejsze w różnych stadiach jej zaawansowania. Jeżeli chodzi o przedstawione ramy czasowe, wykres ten odzwierciedla raczej stan rzeczy, nie narzuca ograniczeń. Przykładowo, większość odpowiednio przygotowanego personelu wykonującego zabiegi przerywania ciąży może bezpiecznie zastosować metodę próżniową do 12 tygodnia włącznie, natomiast specjalnie wyszkolony personel z odpowiednim doświadczeniem, dysponujący kaniulami o właściwej średnicy, może bezpiecznie wykonywać zabiegi tą metodą do 15 tygodnia włącznie (RCOG 2000).

Dostępność bezpiecznych i skutecznych farmakologicznych metod przerywania ciąży jest obecnie ograniczona. Ale szybki rozwój badań w tej dziedzinie może sprawić, że metody te zaczną być wkrótce częściej stosowane. Omawia się więc stosowanie środków farmakologicznych po to, aby systematycznie przygotowywać osoby odpowiedzialne za planowanie i wdrażanie programów opieki zdrowotnej, żeby były gotowe w chwili wprowadzenia tych środków.

- *Metody do 12 tygodnia włącznie licząc od daty ostatniej miesiączki*

Preferowane metody to odessanie próżniowe ręczne lub elektryczne albo metody farmakologiczne, polegające na zastosowaniu połączenia mifepristonu i prostaglandyny. Podanie mifepristonu, a następnie prostaglandyny okazało się bezpieczną i skuteczną metodą przerywania ciąży do 9 tygodnia włącznie. Obecnie prowadzone są badania nad bezpieczeństwem i skutecznością tej metody przy ciąży pomiędzy 9. a 12. tygodniem włącznie.

Stosowanie farmakologicznych metod przerywania ciąży wymaga zabezpieczenia w postaci sprzętu do odessania próżniowego na miejscu lub możliwości skierowania kobiety do ośrodka dysponującego takim sprzętem, na wypadek niepowodzenia zabiegu lub poronienia niecałkowitego. Rozszerzenie szyjki

i wyłyżeczkowanie macicy (D&C) powinno być stosowane tylko wtedy, gdy żadna z powyższych metod nie jest dostępna. Osoby odpowiedzialne za opiekę zdrowotną powinny podjąć wszelkie starania, aby zastąpić metodę wyłyżeczkowania macicy (D&C) metodą próżniową.

- *Metody po upływie 12. tygodnia licząc od daty ostatniej miesiączki*

W wielu sytuacjach zachodzi potrzeba przerywania bardziej zaawansowanej ciąży. Wszystkie placówki opieki zdrowotnej muszą mieć możliwość i obowiązek kierowania kobiet do ośrodka, który ma warunki do przeprowadzenia takich zabiegów. Nieprawidłowości płodu zwykle można zdiagnozować dopiero po 12 tygodniach ciąży, a poważne schorzenia sercowo-naczyniowe lub nowotwory wymagające poddania kobiety agresywnemu leczeniu mogą spowodować konieczność przerywania zaawansowanej ciąży ze względów medycznych. Niektóre kobiety, zwłaszcza niepełnoletnie, mają utrudniony dostęp do usług medycznych lub same opóźniają wizytę w ośrodku opieki zdrowotnej. Może to być spowodowane nieznaną dopuszczonych prawem warunków przerywania ciąży, brakiem informacji lub dostępu do opieki zdrowotnej, względami finansowymi, nieumiejętnością rozpoznania oznak ciąży, nieregularnym miesiączkowaniem, niezdecydowaniem kobiety, czy przerwać ciążę, kłopotami ze zdrowiem pojawiającymi się po pierwszym trymestrze, konfliktem w rodzinie lub zmianą okoliczności życiowych, która sprawia, że uprzednio chciana ciąża staje się niepożądana.

Preferowaną farmakologiczną metodą przerywania ciąży po upływie pełnych 12 tygodni licząc od daty ostatniej miesiączki jest podanie mifepristonu, a następnie powtarzanych dawek prostaglandyny: misoprostolu lub gemeprostu. Preferowana metoda chirurgiczna to rozszerzenie szyjki i opróżnienie jamy macicy (D&E) przy zastosowaniu odessania próżniowego i kleszczy.

Rys. 2.1 – Metody przerywania ciąży

Pełne tygodnie od czasu ostatniej miesiączki																					
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
Preferowane metody																					
Metoda próżniowa (odsysanie ręczne/elektryczne)									●● ●● ●● (przez specjalnie przeszkolone osoby)												
Rozszerzenie i opróżnienie																					
Mifepristone i misopristol (lub gemeprost)						●● ●● ●● (w trakcie badań)			Mifepristone i powtarzane dawki misopristolu lub gemeprostu												
Prostaglandyny podawane dopochwowo (powtarzane dawki)																					
Inne metody																					
Rozszerzenie i wyłyżeczkowanie																					
Roztwory hipertoniczne																					
Prostaglandyny do- lub pozaowodniowo																					

2.2.1 Przygotowanie szyjki macicy

Przygotowanie szyjki macicy przy użyciu rozszerzadeł osmotycznych lub środków farmakologicznych jest powszechnie stosowane w niektórych krajach przed zabiegowym przerwaniem ciąży w pierwszym tryestrze, ponieważ przyspiesza i ułatwia przeprowadzenie zabiegu i zmniejsza liczbę zwykłych powikłań występujących po zabiegach przeprowadzonych po 9 pełnych tygodniach ciąży (Światowa Organizacja Zdrowia 1997). Przygotowanie szyjki macicy przed zabiegowym przerwaniem ciąży jest korzystne zwłaszcza u kobiet z nieprawidłowościami budowy szyjki macicy lub po przebytych zabiegach chirurgicznych, u kobiet młodych, w zaawansowanej ciąży, z podwyższonym ryzykiem uszkodzenia szyjki macicy lub macicy mogącego wywołać krwotok (Grimes et al. 1984, Schulz et al. 1983). Przygotowanie szyjki macicy ma jednak pewne minusy – wymaga dodatkowych kosztów i czasu. Z tego względu zalecane jest w przypadku kobiet w ciąży trwającej dłużej niż 9 pełnych tygodni, które jeszcze nigdy nie rodziły lub mają poniżej 18 lat, i w przypadku wszystkich kobiet w ciąży powyżej pełnych 12 tygodni (RCOG 2000, Światowa Organizacja Zdrowia 1997).

Według ostatnich badań, skuteczne jest dopochwowe podanie 400 µg misoprostolu 3-4 godziny przed zabiegiem (Singh et al. 1998). Również doustne podanie 400 µg misoprostolu 3-4 godziny przed zabiegiem jest odpowiednim sposobem przygotowania szyjki macicy (Ngai et al. 1999). Inne skuteczne sposoby to przyjęcie doustnie 200 mg mifepristonu 36 godzin przed zabiegiem (Grupa Specjalna Światowej Organizacji Zdrowia ds. Postowulacyjnych Metod Regulacji Płodności 1994) lub dopochwowo 1 mg gemeprostu 3 godziny przed zabiegiem (Henshaw i Templeton 1991).

2.2.2 Uśmierzanie bólu

Większość kobiet zgłasza odczuwanie bólu o mniejszym lub większym natężeniu, związanego z przerwaniem ciąży. Prowadzi się badania obserwacyjne zmierzające do oceny czynników wpływających na ból podczas zabiegowego przerwania ciąży w znieczuleniu miejscowym. Stopień natężenia bólu jest różny w zależności od wieku kobiety, zaawansowania ciąży, stopnia rozszerzenia szyjki macicy i odczuwanego przez kobietę lęku (Smith et al. 1979). Stwierdzono, że wcześniejszy poród pochwoy stanowi czynnik zmniejszający odczuwalność bólu (Borgatta i Nickinovich

1997). Stwierdzono również, że czynnikami zwiększającymi odczuwalność bólu są: odstęp czasu pomiędzy zastosowaniem znieczulenia miejscowego a rozpoczęciem zabiegu krótszy niż 2 minuty, brak możliwości wyboru między znieczuleniem miejscowym a ogólnym oraz wcześniejsze częste sięganie po środki przeciwbólowe (Donati et al. 1996).

Zapewnienie odpowiednich środków uśmierzających ból nie wymaga dużych nakładów na leki, sprzęt ani szkolenia. Zaniedbanie tego ważnego elementu powoduje niepotrzebnie wzrost lęku, pogorszenie się samopoczucia kobiety i znacznie obniża jakość opieki zdrowotnej.

Udzielanie potrzebnych informacji i traktowanie kobiety ze współczuciem zwykle zmniejszają lęk i odczuwalność bólu (Solo 2000). Osoba wykonująca zabieg i obecny przy tym personel powinni się zachowywać przyjaźnie i udzielać wsparcia. Jeżeli to możliwe, a kobieta wyraża takie życzenie, podczas zabiegu powinien być obecny mąż lub partner, członek rodziny lub przyjaciel/przyjaciółka kobiety. Nie zastąpi to jednak medycznych środków przeciwbólowych.

2.2.2.1 Farmakologiczne środki uśmierzające ból

Zawsze należy zaproponować kobiecie farmakologiczne środki uśmierzające ból. Podczas zabiegu przerwania ciąży stosuje się trzy rodzaje leków: analgetyki – łagodzące uczucie bólu, leki uspokajające – zmniejszające uczucie lęku oraz anestetyki – leki stosowane w narkozie. W większości przypadków wystarczają środki przeciwbólowe, znieczulenie miejscowe i/lub łagodne środki uspokajające oraz słowa otuchy. Większość tych leków jest stosunkowo niedroga.

Nienarkotyczne analgetyki wpisane na Wzorcową Listę Leków Podstawowych (*Model List of Essential Medicines*) Światowej Organizacji Zdrowia, takie jak niesterydowe leki przeciwzapalne, zwykle wystarczają do uśmierzania bólu i bolesnych skurczy związanych z farmakologicznymi i chirurgicznymi metodami przerywania ciąży (Suprpto i Reed 1984, Matambo et al. 1999). Paracetamol okazał się nieskuteczny w uśmierzaniu bólu pozabiegowego w trzech wrywkowo przeprowadzonych próbach kontrolnych (Cade i Ashley 1993, Hein et al. 1999, Dahl et al. 2000).

W przypadku chirurgicznych metod przerywania ciąży, podanie przed zabiegiem środków uspokajających, takich jak diazepam, zmniejsza lęk i niepokój pacjentek, co stanowi ułatwienie zarówno dla kobiety poddającej się zabiegowi, jak i dla przeprowadzającej go osoby. Leki te mogą wywoływać krótkotrwałą amnezję, co może być efektem pożądanym przez niektóre kobiety, ale mogą też powodować senność i opóźnić powrót do normalnego funkcjonowania. Można również podać dodatkowo analgetyki narkotyczne, ale możliwość wystąpienia powikłań, np. niewydolności oddechowej, oznacza konieczność zapewnienia warunków do resuscytacji i dysponowania środkami odwracającymi działanie nasenne.

2.2.2.2 Znieczulenie

Jeżeli do zabiegowego przerwania ciąży konieczne jest mechaniczne rozszerzenie szyjki macicy, powinno się zastosować blokadę okołoszyjkową, podając środek znieczulający miejscowo, np. szybko działającą lidokainę, wstrzykniętą pod błonę śluzową szyjki macicy na pozycjach „czterech ćwiartek” wokół szyjki macicy, w celu złagodzenia przykrych odczuć. Do zalet stosowania znieczulenia miejscowego zamiast ogólnego należą: szybszy powrót pacjentki do zdrowia oraz to, że kobieta pozostaje świadoma, a zatem może powiadomić osobę przeprowadzającą zabieg o ewentualnych problemach. Środek znieczulający miejscowo musi być umiejętnie wstrzyknięty, aby nie doszło do wprowadzenia leku dożylnie. Stosowanie znieczulenia miejscowego przy metodzie próżniowej okazało się bezpieczne i skuteczne (Thonneau et al. 1998).

Nie zaleca się stosowania znieczulenia ogólnego podczas zabiegu przerwania ciąży, gdyż zwiększa ono ryzyko kliniczne (Lawson et al. 1994, MacKay et al. 1985, Osborn et al. 1990) i wiąże się z większą częstotliwością występowania krwotoku niż przy znieczuleniu miejscowym (Grimes i Cates 1979). Stosowanie znieczulenia ogólnego podnosi koszty – zarówno ponoszone przez ośrodek opieki zdrowotnej, jak i przez kobietę, zwłaszcza że regulamin niektórych szpitali niepotrzebnie zmusza kobiety po znieczuleniu ogólnym do pozostania tam do następnego dnia. Niemniej jednak, niektóre kobiety wolą znieczulenie ogólne, a osoba przeprowadzająca zabieg przerwania ciąży może również preferować ten rodzaj znieczulenia na wypadek skomplikowanego zabiegu. Każdy ośrodek, w którym stosuje się znieczulenie ogólne, musi dysponować specjalistycznym sprzętem oraz personelem przygotowanym do podawania takiego znieczulenia i działania na wypadek komplikacji.

2.2.3 Zabiegowe przerwanie ciąży

2.2.3.1 Metoda próżniowa

Zalecaną techniką zabiegowego przerwania ciąży do 12 pełnych tygodni jej trwania jest odessanie próżniowe. W zależności od kwalifikacji i doświadczenia osoby przeprowadzającej zabieg oraz konkretnego przypadku, może być przeprowadzone nawet do 15. tygodnia włącznie. Wysoka skuteczność metody próżniowej została wykazana w badaniach przeprowadzonych na losowo dobranych próbach. Skuteczność zabiegu wynosi od 95% do 100% (Greenslade et al. 1993). Obie metody – z odsysaniem ręcznym i elektrycznym – są jednakowo skuteczne (Westfall et al. 1998).

Metoda próżniowa polega na opróżnieniu jamy macicy za pomocą plastikowej lub metalowej kaniuli połączonej ze źródłem próżni. Do elektrycznego odessania próżniowego stosuje się elektryczną pompę próżniową. Przy odsysaniu ręcznym, próżnia wytwarzana jest za pomocą trzymanego w rękę i ręcznie obsługi-

Tabela 2.1 Wymogi do stosowania metody próżniowej oraz rozszerzenia szyjki i wyłyżeczkowania macicy

Charakterystyka	Metoda próżniowa	Rozszerzenie szyjki i wyłyżeczkowanie macicy
Miejsce	Pokój badań, sala zabiegowa ogólna lub ginekologiczno-położnicza	Sala zabiegowa ogólna lub ginekologiczno-położnicza
Uśmierzanie bólu	Łagodne środki uspokajające, przeciwbólowe i/lub znieczulenie miejscowe	Silne lub łagodne środki uspokajające, przeciwbólowe i/lub znieczulenie miejscowe
Kwalifikacje personelu	Ginekolog, przeszkolony lekarz ogólny, przeszkolony personel średniego szczebla	Ginekolog, przeszkolony lekarz ogólny

Zaczerpnięto z: Greenslade et al. 1993

wanego plastikowego aspiratora o pojemności 60 ml (zwanego również strzykawką). Do dostępnych aspiratorów pasują różne kaniule, od 4 do co najmniej 12 mm średnicy. Niektóre kaniule i większość aspiratorów nadają się do powtórnego użytku po wyczyszczeniu i odkażeniu silnymi środkami odkażającymi lub sterylizacji. Dostępne są również pompy mechaniczne obsługiwane nożnie.

W zależności od zaawansowania ciąży, zabieg wykonany metodą próżniową zajmuje od 3 do 10 minut i może być przeprowadzony jako zabieg ambulatoryjny, po podaniu środków przeciwbólowych i/lub w znieczuleniu miejscowym. W bardzo wczesnej ciąży nie ma konieczności uprzedniego rozszerzenia szyjki macicy przed wprowadzeniem kaniuli. Zwykle jednak przed wprowadzeniem kaniuli konieczne jest rozszerzenie szyjki macicy przy użyciu rozszerzadeł mechanicznych lub osmotycznych, samych lub w połączeniu z prostaglandyną, albo przygotowanie szyjki macicy przy zastosowaniu środków farmakologicznych, takich jak mifepriston lub prostaglandyna (misoprostol lub gemeprost).

Większość kobiet po zabiegu przerwania ciąży w pierwszym trymestrze w znieczuleniu miejscowym czuje się na tyle dobrze, że może opuścić ośrodek opieki zdrowotnej po około 30-minutowej obserwacji w pomieszczeniu pozabiegowym. Czas ten jest zwykle dłuższy po przerwaniu bardziej zaawansowanej ciąży lub po zastosowaniu środków uspokajających albo znieczulenia ogólnego.

Odessanie próżniowe jest bezpiecznym zabiegiem. Z analizy 170 000 przypadków przerwania ciąży w pierwszym trymestrze w Nowym Jorku w Stanach Zjednoczonych (większość przeprowadzona metodą próżniową) wynika, że poważne powikłania, wymagające hospitalizacji, wystąpiły u mniej niż 0,1% kobiet (Hakim-Elahi et al. 1990). Powikłania po zabiegu przerwania ciąży metodą próżniową są rzadkie, może jednak wystąpić zakażenie narządów miednicy, nadmierne krwawienie, uszkodzenie szyjki macicy, niecałkowite opróżnienie jamy macicy, uszkodzenie macicy, powikłania po znieczuleniu i utrzymanie się ciąży (Grimes i Cates 1979). Skurcze lub ból brzucha oraz krwawienie przypominające menstruację są skutkami ubocznymi wszystkich zabiegów przerwania ciąży.

2.2.3.2 Rozszerzenie szyjki i wyłyżeczkowanie macicy

Rozszerzenie szyjki i wyłyżeczkowanie macicy (*D&C – dilatation and curettage*), zwane potocznie „skrobanką”, polega na rozszerzeniu szyjki macicy przy użyciu rozszerzadeł mechanicznych lub środków farmakologicznych oraz wyłyżeczkowaniu ścian macicy ostrą metalową łyżeczką.

Jest to metoda mniej bezpieczna niż odessanie próżniowe (Cates et al. 2000) i znacznie bardziej bolesna dla kobiet (Grimes et al. 1977). Metoda próżniowa zastąpiła wyłyżeczkowanie w rutynowym stosowaniu w większości krajów uprzemysłowionych i wielu innych. Odsetek poważnych komplikacji po wyłyżeczkowaniu jest dwu-trzykrotnie wyższy niż po metodzie próżniowej (Grimes i Cates 1979). Badania na losowo dobranych próbach przeprowadzone w celu porównania wyłyżeczkowania i metody próżniowej wykazały, że do 10 tygodni od ostatniej miesiączki odessanie próżniowe jest metodą szybszą i powodującą mniejszą utratę krwi niż wyłyżeczkowanie (Lean et al. 1976).

Tabela 2.1 zawiera zestawienie wymogów do przeprowadzenia zabiegu metodą próżniową i wyłyżeczkowania. Tam, gdzie obecnie stosuje się wyłyżeczkowanie, należy podjąć wszelkie starania, by zastąpić je metodą próżniową, co poprawi bezpieczeństwo i jakość opieki zdrowotnej. W regionach, w których obecnie nie świadczy się usług związanych z przerwaniem ciąży, należy wprowadzić metodę próżniową, nie zaś metodę wyłyżeczkowania. W ośrodkach, w których nadal stosuje się wyłyżeczkowanie, dyrektorzy muszą zapewnić przestrzeganie odpowiednich procedur uśmierzenia bólu, wykwalifikowany personel i odpowiednią nadzorowaną praktykę kliniczną, pozwalającą personelowi na podtrzymanie umiejętności.

2.2.3.3 Rozszerzenie szyjki i opróżnienie jamy macicy

Rozszerzenie szyjki i opróżnienie jamy macicy (*D&E – dilatation and evacuation*) stosowane jest po około 12 pełnych tygodniach ciąży. Jest to naj-

bezpieczniejsza i najskuteczniejsza technika zabiegowego przerywania bardziej zaawansowanej ciąży, jeżeli dostępny jest wykwalifikowany, doświadczony personel (RCOG 2000). Metoda ta wymaga przygotowania szyjki macicy przez zastosowanie mifepristonu, prostaglandyny (np. misoprostolu), laminarii lub podobnych rozszerzadeł hydrofilowych, następnie zaś rozszerzenia szyjki i opróżnienia jamy macicy przez elektryczne odessanie próżniowe za pomocą kaniuli o średnicy 14-16 mm i kleszczy. W zależności od zaawansowania ciąży, odpowiednie rozszerzenie szyjki macicy może trwać od dwóch godzin do całego dnia. Podczas zabiegu rozszerzania szyjki i opróżniania jamy macicy przydatny bywa ultrasonograf, nie jest on jednak niezbędny.

Badania przeprowadzone na losowo dobranych próbach, mające na celu porównanie metody rozszerzenia szyjki i opróżnienia jamy macicy z doowodniowym podaniem starszej prostaglandyny $PGF_{2\alpha}$ wykazały, że rozszerzenie szyjki i opróżnienie jamy macicy jest metodą szybszą, bezpieczniejszą i bardziej akceptowaną, przynajmniej do około 18. tygodnia (Grimes et al. 1980). Metoda rozszerzenia szyjki i opróżnienia jamy macicy nie była porównywana z nowszymi metodami farmakologicznymi, np. podaniem mifepristonu i powtarzanych dawek misoprostolu. Jeżeli personel nie przeszedł odpowiedniego, nadzorowanego szkolenia i ma do czynienia ze zbyt małą liczbą przypadków, aby zachować umiejętność stosowania metody *D&E*, należy stosować metody farmakologiczne.

Zabieg rozszerzenia szyjki i opróżnienia jamy macicy można zwykle wykonać po zastosowaniu jedynie blokady okołoszyjkowej i łagodnych środków przeciwbólowych, dlatego też można go przeprowadzać jako zabieg ambulatoryjny. Ale ośrodki przeprowadzające ten zabieg powinny być odpowiednio wyposażone i dysponować personelem przeszkolonym do podania w razie konieczności łagodnych lub silnych środków uspokajających. Znieczulenie ogólne nie jest wymagane, i może zwiększać ryzyko związane z zabiegiem (patrz punkt 2.2.2 powyżej). Przeprowadzenie zabiegu metodą *D&E* zajmuje zwykle do 30 minut. Personel ośrodka i kobiety poddające się zabiegowi powinni się spodziewać większej ilości pooperacyjnych wydzielin, łącznie z krwawieniem, niż w wypadku przerywania ciąży w pierwszym trymestrze. Personel powinien również zostać przeszkolony do udzielania specjalistycznych porad pacjentkom przerywającym ciążę w drugim trymestrze.

2.2.3.4 Inne chirurgiczne metody przerywania zaawansowanej ciąży

Nie należy stosować poważnych zabiegów operacyjnych jako podstawowych metod przerywania ciąży. Do współczesnych metod przerywania ciąży nie zalicza się nacinania macicy, ponieważ związane z tym: zapadalność na choroby, śmiertelność i koszty, są

znacznie większe niż przy zastosowaniu rozszerzenia szyjki i opróżnienia jamy macicy czy też metod farmakologicznych. Nie należy również stosować histerek-tomii (wycięcia macicy), z wyjątkiem przypadków, gdy kobiety i tak musiałyby się poddać takiej operacji.

2.2.3.5 Badanie tkanek po zabiegowym przerywaniu ciąży

Po przerywaniu ciąży przeprowadzonym metodą zabiegową, konieczne jest natychmiastowe zbadanie tkanki usuniętej z macicy w celu wykluczenia ciąży pozamacicznej. Przy zastosowaniu ręcznego odessania próżniowego do przerywania ciąży trwającej dłużej niż około 6. pełnych tygodni, przeszkolony personel jest w stanie wizualnie zidentyfikować jajo płodowe, a ściślej kosmki kosmówki. Jeżeli odessana zawartość macicy nie zawiera spodziewanego jaja płodowego, zachodzi podejrzenie ciąży pozamacicznej i kobieta powinna przejść dalsze badania, co zostało omówione wcześniej (patrz punkt 1.7). Ponadto personel powinien być wyczulony na objawy sugerujące ciążę zaśniadową. Jeżeli odessana zawartość jamy macicy nie odpowiada oszacowanemu stadium zaawansowania ciąży, należy wziąć pod uwagę możliwość poronienia niecałkowitego. Rutynowa analiza tkanki ciążowej w pracowni analitycznej nie jest konieczna.

2.2.4 Farmakologiczne metody przerywania ciąży

Udowodniono, że farmakologiczne metody przerywania ciąży są bezpieczne i skuteczne (Ashok et al. 1998a, Peyron et al. 1993, Schaff et al. 1999, Spitz et al. 1998, Trussell i Ellertson 1999, Urquhart et al. 1997, Winikoff et al. 1997). Najczęściej stosuje się w tym celu antyprogesteragen, mifepriston, który wiąże się z receptorami progesteronu, hamując działanie progesteronu i zakłócając rozwój ciąży. Zabieg polega na podaniu najpierw dawki mifepristonu, a następnie analogu prostaglandyny, który wywołuje skurcze macicy i umożliwia wydalenie jaja płodowego (Swahn i Bygdeman 1988).

Efekty farmakologicznych metod przerywania ciąży są podobne do skutków poronienia: obejmują skurcze i długotrwałe krwawienie przypominające menstruację. Krwawienie trwa zwykle 9 dni, w rzadkich przypadkach nawet do 45 dni (Creinin i Aubeny 1999). Skutki uboczne to nudności, wymioty i biegunka. Należy zachować daleko idącą ostrożność przy stosowaniu mifepristonu i prostaglandyny w przypadku przewlekłej lub ostrej niewydolności nadnerczy lub wątroby, zaburzeń krwawienia, nałogowego palenia papierosów i alergii na którykolwiek z preparatów. Mifepriston nie jest skuteczny w przypadku ciąży pozamacicznej; podejrzenie ciąży pozamacicznej wymaga dalszych badań, a w razie potwierdzenia – natychmiastowego leczenia (patrz: Światowa Organizacja Zdrowia 2000a w sprawie szeregów dotychczas leczenia).

Farmakologiczne metody przerywania ciąży zostały przyjęte w kilku niezamożnych regionach (Elul et al. 1999, Ngoc et al. 1999). Obecnie jednak potrzebne środki, zwłaszcza mifepriston, są dostępne tylko w kilku krajach rozwijających się. W nadchodzących latach sytuacja może ulec zmianie, toteż osoby odpowiedzialne za wdrażanie programów muszą wiedzieć, co jest niezbędne, aby można było wprowadzić farmakologiczne metody przerywania ciąży do usług opieki zdrowotnej.

2.2.4.1 Mifepriston i prostaglandyna

2.2.4.1.1 Do 9 pełnych tygodni od ostatniej miesiączki

Wykazano, że mifepriston w połączeniu z misoprostolem lub gemeprostem jest wysoce skuteczny, bezpieczny i akceptowany w przypadkach przerywania wczesnej ciąży, w pierwszym trymestrze (RCOG 2000). Odnotowano skuteczność rzędu 98% (Trussell i Ellertson 1999). U około 2-5% kobiet, u których zastosowano mifepriston w połączeniu z misoprostolem, konieczna była interwencja chirurgiczna z powodu niecałkowitego poronienia, w celu przerwania dalej rozwijającej się ciąży lub opanowania krwawienia (Grupa Robocza WHO ds. Postowulacyjnych Metod Regulacji Płodności 2000).

Początkowo, zgodnie z zaleceniami dotyczącymi stosowania mifepristonu, podawano doustnie 600 mg mifepristonu, a następnie po 36-48 godzinach dopochwowo 1 mg gemeprostu. Jednakże w wyniku kilku badań ustalono jako zalecaną dawkę mifepristonu 200 mg, gdyż jest ona tak samo skuteczna jak 600 mg (McKinley et al. 1993; Grupa Robocza WHO ds. Postowulacyjnych Metod Regulacji Płodności 1993) i obniża koszty.

Misoprostol – prostaglandyna, która również okazała się skuteczna (RCOG 2000) – jest znacznie tańszy niż gemeprost i nie wymaga warunków chłodniczych.

Dlatego w większości krajów stosuje się właśnie tę prostaglandynę. Skuteczną dawką jest 200 mg mifepristonu podanego doustnie, a następnie 800 µg misoprostolu podanego dopochwowo (RCOG 2000). Wykazano, że misoprostol podawany dopochwowo jest skuteczniejszy i lepiej tolerowany niż podawany doustnie (El-Refaey et al. 1995). Doustnie podana dawka 400 µg misoprostolu jest skuteczna do 7 pełnych tygodni ciąży (Grupa Robocza WHO ds. Postowulacyjnych Metod Regulacji Płodności 2000).

Większość zalecanych procedur wymaga, żeby kobiety przyjmowały zarówno mifepriston, jak i prostaglandynę pod nadzorem klinicznym. Druga wizyta w ośrodku opieki zdrowotnej w celu przyjęcia prostaglandyny powinna nastąpić dwa dni po otrzymaniu mifepristonu. Kobieta może opuścić ośrodek wkrótce po podaniu jej mifepristonu oraz poinformowaniu o spodziewanym krwawieniu i możliwym wydaleniu jaja płodowego, a także o tym, jak rozpoznać powikłania i z kim się skontaktować w razie ich wystąpienia. Personel powinien być dyspozycyjny 24 godziny na dobę na wypadek takich sytuacji.

Po podaniu prostaglandyny podczas drugiej wizyty, standardowy okres obserwacji wynosi 4-6 godzin: do 90% kobiet wydała wtedy jajo płodowe. W tym czasie może się okazać konieczne podanie niektórym kobietom leków naskurczowych (patrz punkt 2.2.1 powyżej). Około 10% kobiet, u których nie wystąpi poronienie podczas okresu obserwacji, powinno powtórnie przyjść do ośrodka około 2 tygodni później w celu potwierdzenia, czy jajo płodowe zostało wydalone.

Procedury postępowania zezwalające kobiecie na opuszczenie ośrodka zaraz po podaniu prostaglandyny wymagają, by została ona poinformowana o tym, że wydalenie tkanki ciążowej nastąpi w domu lub gdzie indziej bez nadzoru lekarza. W takim wypadku kobieta powinna wrócić do ośrodka około 2 tygodni później w celu potwierdzenia za pomocą badania przedmiotowego lub testu laboratoryjnego, że jajo płodowe zostało wydalone.

Tabela 2.2 Zwykle stosowane dawki łączące mifepriston i prostaglandynę

Do 9. pełnych tygodni od ostatniej miesiączki	Po 12. pełnych tygodniach od ostatniej miesiączki
200 mg mifepristonu, a następnie po 36-48 godzinach	200 mg mifepristonu, a następnie po 36-48 godzinach
1,0 mg gemeprostu dopochwowo	1 mg gemeprostu dopochwowo (kolejne dawki co 6 godzin do maksymalnie 4 dawek, a w razie konieczności co 3 godziny do maksymalnie 4 dodatkowych dawek)
lub 800 mg misoprostolu dopochwowo	lub 400 mg misoprostolu doustnie co 3 godziny do 5 dawek
lub 400 mg misoprostolu doustnie do 7 pełnych tygodni	lub 800 mg misoprostolu dopochwowo, a następnie 400 mg misoprostolu doustnie co 3 godziny do maksymalnie 4 dawek

µg = mikrogramy
mg = miligramy

Niektórzy badacze uważają, że druga wizyta w ośrodku w celu przyjęcia prostaglandyny nie jest konieczna, i sugerują, że należy pozwolić kobietom na przyjmowanie prostaglandyny w domu (Schaff et al. 1997). Podejście to zastosowano ostatnio w Tunezji i Wietnamie, i zostało ono zaakceptowane przez wiele kobiet (Elul et al. 2001). Ciągłe jednak prowadzi się badania nad bezpieczeństwem i słuszością zastosowania takiego podejścia w innych warunkach.

W przypadku poronienia niecałkowitego lub nieskuteczności metody farmakologicznej konieczne jest zastosowanie metody zabiegowej. Każdy ośrodek, w którym stosuje się farmakologiczne metody przerywania ciąży, musi zapewniać wykonanie w razie konieczności odessania próżniowego. Zabieg ten powinien być dostępny na miejscu lub, na zasadzie umowy, w innym ośrodku. W każdym razie personel opieki zdrowotnej musi zapewnić kobiecie możliwość skorzystania z takich usług w pilnych przypadkach.

Kobiety są zazwyczaj bardziej zadowolone z zabiegu, jeżeli miały realistyczne oczekiwania (Breitbart 2000). Dlatego potrzebują pełnych informacji na temat tego, czego należy się spodziewać i jakie są możliwe skutki uboczne farmakologicznych metod przerywania ciąży. Personel służby zdrowia powinien się upewnić, że kobieta rozumie, jak ważne jest przestrzeganie zasad postępowania, zwłaszcza jeżeli któryś z preparatów ma przyjąć samodzielnie, i że wie, jak rozpoznać komplikacje oraz co robić, jeśli wystąpią.

2.2.4.1.2 *Od 9 do 12 pełnych tygodni od ostatniej miesiączki*

Prowadzi się badania nad stosowaniem mifepristonu i misoprostolu między 9. a 13. tygodniem ciąży (Ashok et al. 1998b). Wstępne pozytywne wyniki muszą zostać potwierdzone w celu ustalenia optymalnych dawek.

2.2.4.1.3 *Po 12 pełnych tygodniach od ostatniej miesiączki*

Bezpieczne i wysoce skuteczne jest podanie doustnie mifepristonu, a następnie powtórzonych dawek misoprostolu lub gemeprostu (RCOG 2000). W 97% przypadków skuteczne jest podanie doustnie 200 mg mifepristonu, a następnie po 36-48 godzinach dopochwowo 800 µg misoprostolu i doustnie 400 µg misoprostolu co trzy godziny – do maksimum czterech dawek (El-Refaey i Templeton 1995). Skuteczne jest również podanie doustnie 400 µg misoprostolu co 3 godziny do 5 dawek, po zażyciu 200 mg mifepristonu (Ngai et al. 2000). Można też podać 200 mg mifepristonu, a następnie dopochwowo dawkę 1 mg gemeprostu, którą w razie potrzeby można ponawiać co 6 godzin – do 4 dawek (Ho et al. 1996). Przy zabiegu z zastosowaniem gemeprostu można również podawać 1 mg gemeprostu co 3 godziny – do 4 dodatkowych dawek w razie potrzeby (Gemzell-Danielsson i Ostlund 2000, Tang et al. 2001).

2.2.4.2 *Sam misoprostol lub gemeprost*

2.2.4.2.1 *Do 12 pełnych tygodni od ostatniej miesiączki*

Badano skuteczność i bezpieczeństwo podawania samego misoprostolu. Nie przeprowadzono wprawdzie badań porównawczych, ale z dostępnych danych wynika, że skuteczność samego misoprostolu jest mniejsza, sztuczne poronienie trwa dłużej, jest bolesniejsze i towarzyszy mu więcej skutków ubocznych o charakterze żołądkowo-jelitowym niż w przypadkach zastosowania misoprostolu w połączeniu z mifepristonem (Bugalho et al. 2000).

Ze względu na dostępność i niski koszt misoprostolu oraz to, że w niektórych regionach powszechne stosowanie go przyczyniło się do zmniejszenia komplikacji po zabiegach przerywania ciąży (Costa i Vessy 1993), obecnie prowadzi się badania nad optymalnym dawkowaniem samego misoprostolu (Blanchard et al. 2000).

Istnieją obawy co do wpływu, jaki może wywrzeć misoprostol na płód, gdy ciąża nie została przerwana (Fonseca et al. 1991, Gonzalez et al. 1998, Schonhofer 1991, Orioli i Castilla 2000). Konieczne są dalsze badania w celu określenia ewentualnego wpływu misoprostolu na powstawanie wad rozwojowych płodu.

2.2.4.2.2 *Po 12 pełnych tygodniach od ostatniej miesiączki*

Misoprostol doprowadził w 84% przypadków do sztucznego poronienia w ciągu 24 godzin po podaniu różnych dawek doustnie lub dopochwowo (Dickinson et al. 1998, Wong et al. 1996), choć nie działa tak szybko jak w połączeniu z mifepristonem. Konieczne są dalsze badania nad ustaleniem optymalnych dawek samego misoprostolu w przypadku ciąży trwającej dłużej niż 12 tygodni.

W kilku krajach dopuszcza się przerywanie ciąży w drugim trymestrze przez dopochwowe podanie samego gemeprostu. Zalecana dawka wynosi 1 mg co 3 godziny, do 5 razy w ciągu pierwszego dnia. W razie konieczności zabieg powtarza się następnego dnia. Po tym zabiegu poronienie następuje u 80% i 90% kobiet w ciągu odpowiednio 24 i 48 godzin (Thong et al. 1992).

2.2.4.3 *Inne środki stosowane w farmakologicznym przerywaniu ciąży*

W niektórych krajach, tam gdzie mifepriston jest niedostępny, stosuje się methotrexate – środek cytotoksyczny stosowany w leczeniu raka, reumatoidalnego zapalenia stawów, łuszczyicy i kilku innych chorób – w połączeniu z misoprostolem, jako farmakologiczną metodę przerywania wczesnej ciąży (do 7 pełnych tygodni od ostatniej miesiączki). Ostatnio przeprowadzone próby kontrolne wykazały ogólną skuteczność rzędu 92% przy podaniu 50 mg methotrexatu, a 6-7 dni później dopochwowo 800 µg misoprostolu. Skuteczność w 15. dniu wynosiła 83% (Creinin 2000). Jednakże Panel

Toksykologiczny WHO wypowiedział się przeciwko stosowaniu methotrexatu w celu wywołania poronienia, z powodu obaw o wpływ tego preparatu na powstawanie wad rozwojowych (Specjalny Program Badań, Rozwoju i Szkoleń Badawczych w zakresie Reprodukcyjności Człowieka – UNDP/UNFPA/WHO, Bank Światowy 1997). Wprawdzie rzeczywiste ryzyko ich wystąpienia nie jest jeszcze znane, odnotowano jednak wady kończyn i czaszki oraz nieprawidłowości w budowie twarzy u płodów, które rozwinęły się po nieudanych próbach wywołania poronienia przy użyciu methotrexatu (Powell i Ekert 1971, Diniz et al. 1978, Feldkamp i Carey 1993). Dlatego zaleca się ośrodkom, które chcą wprowadzić farmakologiczne metody przerywania ciąży, stosowanie mifepristonu i misoprostolu, nie zaś methotrexatu.

W celu wywołania skurczów macicy i poronienia po 12 pełnych tygodniach od ostatniej miesiączki stosuje się też inne środki. Do środków tych należą: roztwór hipertoniczny soli lub mocznik hiperosmolarny wstrzyknięte doowodniowo; ethacridine podana do- lub zewnątrzowodniowo; analogi prostaglandyny podane pozajelitowo, do- lub zewnątrzowodniowo; oxytocin podany dożylnie lub domięśniowo (Światowa Organizacja Zdrowia 1997). Ale większość tych metod i sposobów podawania jest bardziej inwazyjna i mniej bezpieczna niż nowsze metody farmakologiczne.

2.2.5 Inne kwestie związane z przerywaniem ciąży

2.2.5.1 Zapobieganie zakażeniom

Ze względu na to, że zabiegi przerywania ciąży i opieka medyczna wiążą się z kontaktem z krwią i innymi płynami ustrojowymi, cały personel medyczny i pomocniczy we wszystkich ośrodkach świadczących takie usługi powinien znać i stosować uniwersalne środki zapobiegania zakażeniom, aby chronić siebie i pacjentów.

Uniwersalne środki ostrożności to proste sposoby postępowania w celu uniknięcia zakażeń. Należy je stosować w opiece nad wszystkimi pacjentami, aby zmniejszyć ryzyko zakażeń przenoszonych przez krew. Do środków ostrożności należą: mycie rąk wodą i mydłem przed każdym zabiegiem i po nim, stosowanie ochrony w postaci rękawic, fartuchów, kitlów, masek, okularów ochronnych przy bezpośrednim kontakcie z krwią i innymi płynami ustrojowymi; odpowiednia utylizacja odpadów zanieczyszczonych krwią lub innymi płynami ustrojowymi, odpowiednie postępowanie z zanieczyszczoną pościelą, ostrożne używanie i usuwanie ostrych narzędzi oraz właściwa dezynfekcja narzędzi i innego zanieczyszczonego sprzętu (Światowa Organizacja Zdrowia 2001).

2.2.5.1.1 Mycie rąk i używanie odzieży ochronnej

Cały personel powinien dokładnie umyć ręce przed kontaktem z kobietą i natychmiast po jakimkolwiek kontakcie z krwią, płynami ustrojowymi lub błonami śluzowymi. Należy używać odkażonych lub sterylnych rękawic i zmieniać je przed kontaktem z nową pacjentką oraz między badaniami przez pochwę (lub odbył) tej samej kobiety. Należy zwrócić uwagę, że stosowanie dodatkowej ochrony w postaci np. sterylnego obuwia ochronnego nie zmienia w znaczący sposób ryzyka zakażenia, zwiększa zaś koszty.

2.2.5.1.2 Czyszczenie

Do rutynowego czyszczenia podłóg, łóżek, toalet, ścian i gumowych podkładów odpowiednie są detergenty i gorąca woda. W razie rozlania płynów ustrojowych, należy używać wytrzymałych gumowych rękawic i usunąć jak najwięcej tych płynów za pomocą materiału wchłaniającego, który następnie trzeba umieścić w szczelnym pojemniku i spalić lub złożyć w składzie odpadów głęboko pod ziemią. Miejsce, w którym płyny zostały rozlane, trzeba wyczyścić środkiem dezynfekującym na bazie chloru, a następnie dokładnie umyć gorącą wodą z mydłem.

Należy ograniczyć kontakt z zanieczyszczoną pościelą: pościel powinna zostać zapakowana w torby zaraz po zabraniu i nie należy jej składać ani płukać w miejscach przebywania pacjentów. O ile to możliwe, pościel zanieczyszczoną dużą ilością płynów ustrojowych należy transportować w szczelnych torbach. W razie braku takich toreb, zachowując ostrożność i używając rękawic należy złożyć pościel tak, by zanieczyszczone miejsca znalazły się w środku.

2.2.5.1.3 Bezpieczna utylizacja odpadów zanieczyszczonych płynami ustrojowymi

Odpady stałe zanieczyszczone krwią, płynami ustrojowymi, próbkami laboratoryjnymi lub tkankami powinny zostać umieszczone w szczelnych pojemnikach i spalone lub złożone w składzie odpadów na głębokości ponad 2 metrów, w odległości co najmniej 9 metrów od źródła wody. Odpady ciekłe, takie jak krew lub płyny ustrojowe, należy wylać do kanalizacji połączonej z odpowiednim punktem uzdatniania wody lub szambem.

2.2.5.1.4 Bezpieczne używanie i usuwanie ostrych narzędzi

Największe ryzyko zakażenia wirusem HIV w ośrodkach opieki zdrowotnej wiąże się ze skałeczeniem skóry zanieczyszczoną igłą lub ostrym narzędziem. Dotyczy to również żółtaczki typu B. Większość skałeczeń ostrymi narzędziami, po których

następuje zakażenie, to głębokie skaleczenia igłami. Do skaleczeń tych dochodzi często podczas zaślepiania, czyszczenia, zdejmowania lub wyrzucania igieł w niewłaściwy sposób. Wprawdzie należy unikać ponownego zaślepiania igieł, czasem jednak jest to konieczne. Trzeba wówczas zastosować metodę zatykania jedną ręką. Należy stosować odporne na przekłucie pojemniki do składowania ostrych narzędzi, które powinny zostać spalone w zamkniętym piecu lub umieszczone w składowisku na odpady głęboko pod ziemią. Dodatkowe środki ostrożności zabezpieczające przed skaleczeniem ostrymi narzędziami to używanie rękawic, odpowiednie oświetlenie podczas zabiegu, umieszczenie pojemników z ostrymi narzędziami dokładnie w miejscu, w którym się ich używa, nieumieszczanie w żadnym razie ostrych narzędzi w pojemniku na odpady ogólne i uniemożliwienie dzieciom dostępu do ostrych narzędzi. Gdy to możliwe, podczas zakładania szwów należy używać uchwytych na igły.

2.2.5.1.5 *Bezpieczne czyszczenie sprzętu po użyciu*

Natychmiast po użyciu należy przekazać do czyszczenia i dezynfekcji wszystkie narzędzia chirurgiczne wielokrotnego użytku wykorzystane podczas zabiegu przerwania ciąży. Tam, gdzie nie zajmują się tym specjalne służby lub są one słabo wyposażone, zaleca się następujący sposób postępowania:

Najważniejszą czynnością zapewniającą odpowiednie końcowe odkażenie narzędzi jest ich wyczyszczenie. Narzędzia należy natychmiast umyć mydłem pod bieżącą wodą. Następnie wszystkie narzędzia należy wysterylizować lub zdezynfekować silnym środkiem dezynfekującym. Sterylizacja zabija wszelkie mikroorganizmy, łącznie z endosporami bakteryjnymi, takimi jak te, które wywołują tężec i zgorzel gazową. Do sterylizacji najlepiej użyć pary pod ciśnieniem (20 minut w temperaturze 121°C pod ciśnieniem 103,5-140 kPa) lub gazu (tlenku etylenu) (Sopwith et al. 2001).

Dezynfekcję wysokiego stopnia należy przeprowadzić mocząc narzędzia w roztworze podchlorynu [5-minutowy kontakt w temp. 20-25°C w buforowym roztworze podchlorynu (pH=7-8) w stężeniu 5000 części na milion aktywnego chloru] lub świeżego aldehydu glutarowego [5-godzinny kontakt w temp. 20-25°C z 2-procentowym zaktywowanym preparatem alkalicznym (pH=7,5-9)] (Sopwith et al. 2001).

Dezynfekcja wysokiego stopnia niszczy wszelkie mikroorganizmy, łącznie z wirusem żółtaczkowy typu B i wirusem HIV, ale nie endosporę bakteryjną. Użycie fenolu lub środków bakteriobójczych nie wystarczy do dezynfekcji wysokiego stopnia. Po dezynfekcji należy wypłukać narzędzia w *sterylnej* wodzie.

Narzędzia plastikowe, takie jak większość dostępnych strzykawek i kaniuli do metody próżniowej, nie mogą być sterylizowane w wysokiej temperaturze, ponieważ pękają i stopią się. Należy zatem stosować opisane powyżej metody dezynfekcji na zimno, chyba że instrukcja zawiera inne polecenia.

Personel służby zdrowia powinien zawsze sprawdzać w instrukcji obsługi sposób dezynfekowania wszelkich narzędzi w celu upewnienia się, czy stosuje właściwą metodę dezynfekcji.

2.2.5.2 *Postępowanie na wypadek powikłań*

Jeżeli zabieg przerwania ciąży wykonywany jest przez odpowiednio wykwalifikowany personel, powikłania występują rzadko. Niemniej, każdy ośrodek przeprowadzający zabiegi, na każdym poziomie systemu opieki zdrowotnej, powinien dysponować sprzętem i personelem odpowiednio przygotowanym do rozpoznawania komplikacji po przerwaniu ciąży i udzielania kobiecie natychmiastowej pomocy, 24 godziny na dobę, bądź kierowania jej do odpowiedniego ośrodka (Światowa Organizacja Zdrowia 1994). Sprzęt i kwalifikacje potrzebne do leczenia powikłań po przerwaniu ciąży są podobne jak w wypadku opieki nad kobietami po poronieniu.

2.2.5.2.1 *Poronienie niecałkowite*

Poronienie niecałkowite występuje rzadko przy zastosowaniu metody próżniowej, gdy zabieg przeprowadza osoba wykwalifikowana. Częściej pojawia się przy korzystaniu z metod farmakologicznych. Do oznak i symptomów zalicza się krwawienie z pochwy, ból brzucha i objawy zakażenia. Istnieje również podejrzenie poronienia niecałkowitego, jeżeli po badaniu wizualnym, tkanka odessana podczas zabiegu chirurgicznego nie odpowiada szacowanemu zaawansowaniu ciąży. Personel wszystkich ośrodków opieki zdrowotnej powinien być przeszkolony i dysponować odpowiednim sprzętem, aby w razie niecałkowitego poronienia dokonać ponownego opróżnienia jamy macicy metodą próżniową, zwracając uwagę na możliwość wystąpienia krwotoku lub zakażenia.

2.2.5.2.2 *Nieprowadzenie sztucznego przerwania ciąży*

Sztuczne poronienie może się nie powieść zarówno przy zastosowaniu metod chirurgicznych, jak i farmakologicznych. Jeżeli podczas wizyty po zabiegu przeprowadzonym którąkolwiek z tych metod okaże się, że ciąża nadal się rozwija, przerwanie ciąży należy wykonać przez odessanie próżniowe lub, w drugim trymestrze, przez rozszerzenie szyjki i opróżnienie jamy macicy.

2.2.5.2.3 *Krwotok*

Krwotok może nastąpić wskutek nieusunięcia jaja płodowego, urazu lub uszkodzenia szyjki macicy albo – w rzadkich przypadkach – uszkodzenia macicy. Zależnie od przyczyny, właściwe leczenie obejmuje ponowne opróżnienie jamy macicy i podanie leków obkurczających macicę (uterotonicznych) w celu zahamowania krwawienia, dożylną wymianę płynów,

a w ciężkich przypadkach transfuzję krwi, laparoskopię lub laparotomię zwiadowczą. Ze względu na niską częstotliwość występowania krwotoku przy metodzie próżniowej, nie zaleca się rutynowego podawania leków obkurczających macicę, choć może to być konieczne przy zastosowaniu rozszerzenia szyjki i opróżnienia jamy macicy. Przy stosowaniu farmakologicznych metod przerywania ciąży należy się spodziewać długotrwałego krwawienia przypominającego menstruację. Krwawienie to rzadko jest tak obfite, by stanowić zagrożenie. Ale każdy ośrodek przeprowadzający zabiegi przerywania ciąży musi być w stanie jak najszybciej udzielić pomocy kobiecie z krwotokiem bądź skierować ją do odpowiedniego ośrodka.

2.2.5.2.4 Zakażenie

Zakażenie występuje rzadko, jeżeli zabieg przerywania ciąży został przeprowadzony prawidłowo. Do najczęstszych objawów należą: gorączka lub dreszcze, upławy o przykrym zapachu – z pochwy lub szyjki macicy, ból brzucha lub miednicy, długotrwałe krwawienie lub plamienie z pochwy, tkliwość macicy i/lub podniesiona liczba białych krwinek. W razie rozpoznania zakażenia należy podać kobiecie antybiotyki oraz, jeżeli prawdopodobną przyczyną zakażenia jest niewydalona tkanka ciążowa, ponownie opróżnić jamę macicy. Kobiety z ciężkim zakażeniem mogą wymagać hospitalizacji. Jak wspomniano w punkcie 1.6, profilaktyczne przepisywanie antybiotyków kobietom poddającym się chirurgicznemu przerywaniu ciąży zmniejsza ryzyko zakażenia po zabiegu (Sawaya et al. 1996) i w miarę możliwości należy je praktykować.

2.2.5.2.5 Uszkodzenie macicy

Uszkodzenie macicy zwykle pozostaje niezauważone i goi się samo bez potrzeby interwencji lekarza. Badanie przeprowadzone na ponad 700 kobietach, które poddały się jednocześnie zabiegowi przerywania ciąży w pierwszym trymestrze i sterylizacji laparoskopowej, wykazało, że na 14 przypadków uszko-

dzenia macicy, w 12. było to uszkodzenie tak małe, że nie zostałyby zauważone, gdyby nie laparoscopia (Kaali et al. 1989). W razie podejrzenia uszkodzenia macicy zwykle wystarcza obserwacja i antybiotyki. Jeżeli istnieje możliwość przeprowadzenia laparoskopii, można ją zastosować jako metodę weryfikacyjną. Jeżeli badanie laparoskopowe i/lub stan pacjentki nasuwają podejrzenie uszkodzenia jelita, naczyń krwionośnych bądź innych narządów, konieczna może być laparotomia.

2.2.5.2.6 Powikłania związane ze znieczuleniem

Znieczulenie miejscowe jest bezpieczniejsze niż ogólne, zarówno w metodzie próżniowej w pierwszym trymestrze, jak i w metodzie wyłuszczenia (D&C) w drugim trymestrze (Osborn et al. 1990, MacKay et al. 1985). Przy znieczuleniu ogólnym personel musi znać zasady postępowania na wypadek drgawek i zaburzeń funkcji krążenia i oddychania. Należy mieć zawsze pod ręką środki odwracające działanie narkotyczne.

2.2.5.2.7 Następstwa długofalowe

Ogromna większość kobiet, które poddały się prawidłowo przeprowadzonemu zabiegowi przerywania ciąży, nie odczuje żadnych długotrwałych skutków dla zdrowia ogólnego ani reprodukcyjnego. Odsetek kobiet, u których występują poważne komplikacje po przerywaniu ciąży, jest niewielki (Światowa Organizacja Zdrowia 1997).

Badania wykazują, że nie ma związku między bezpiecznie przeprowadzonym zabiegiem przerywania ciąży w pierwszym trymestrze a powikłaniami podczas następnych ciąż (Hogue et al. 1999). Rzetelne dane epidemiologiczne wykazują, że nie ma zwiększonego ryzyka raka piersi wśród kobiet, które poddały się zabiegowi przerywania ciąży w pierwszym trymestrze (Melbye et al. 1997). Z szeroko przeprowadzonych badań (Dagg 1991) wynika, że ujemne następstwa psychologiczne występują u niewielkiej liczby kobiet i są prawdopodobnie kontynuacją wcześniejszego stanu.

2.3 POSTĘPOWANIE PO ZABIEGU

2.3.1 Okres rekonwalescencji

2.3.1.1 Zabiegowe metody przerywania ciąży

W okresie obserwacji po sztucznym poronieniu dokonanym metodą zabiegową personel powinien udzielić kobiecie pomocy i wsparcia oraz nadzorować rekonwalescencję. Personel służby zdrowia powinien zwracać szczególną uwagę na sygnalizowanie przez kobietę bólu, gdyż może on być spowodowany uszkodzeniem macicy lub krwotokiem macicznym.

Przypadki takie leczy się przez wywołanie skurczów macicy lekami ergometrycznymi. Dlatego, zwłaszcza przy przerywaniu bardziej zaawansowanej ciąży, ważne jest określenie wielkości macicy badaniem przez ścianę brzucha. Jeżeli nie występują powikłania, większość kobiet może opuścić ośrodek opieki zdrowotnej, gdy tylko czują się na siłach, a ich czynności życiowe są w normie. Jeśli zabieg został przeprowadzony w bardziej zaawansowanej ciąży lub po silnych środkach uspokajających

albo znieczuleniu ogólnym, okres rekonwalescencji może trwać dłużej, a kobieta może wymagać ściślejszej obserwacji.

Najlepiej, żeby kobieta, u której przerwano ciążę metodą zabiegową, odbyła wizytę kontrolną u wykwalifikowanego lekarza 7-10 dni po zabiegu, w celu zbadania ogólnego stanu zdrowia.

2.3.1.2 *Farmakologiczne metody przerywania ciąży*

Jak wspomniano wcześniej, zasady postępowania przy farmakologicznych metodach przerywania ciąży do 9 pełnych tygodni wymagają, żeby kobieta pozostała pod obserwacją lekarską 4-6 godzin po przyjęciu prostaglandyny. Osoba przeprowadzająca zabieg powinna zbadać wszystkie podpaski higieniczne i baseny użyte w okresie obserwacji, co umożliwi potwierdzenie lub wykluczenie poronienia.

Kobiety, u których w tym czasie nie zostanie potwierdzone poronienie całkowite, te, które przyjmują prostaglandynę w domu, lub te, które opuszczają ośrodek wkrótce po przyjęciu prostaglandyny, powinny odbyć wizytę kontrolną 10-15 dni później, w celu potwierdzenia, że poronienie było całkowite, nie wystąpiło zakażenie ani żadne inne powikłania. W większości przypadków w trakcie tej wizyty zostanie potwierdzone całkowite poronienie. Jeżeli nie, kobieta może się zdecydować na metodę próżniową, ale z medycznego punktu widzenia nie musi, chyba że badanie ginekologiczne, objawy kliniczne lub badanie laboratoryjne wykażą, iż ciąża się nadal rozwija.

Ze względu na większe ryzyko krwotoku i poronienia niepełnego związane z zabiegiem przeprowadzanym po 12 pełnych tygodniach ciąży, wszystkie kobiety poddające się zabiegowi w drugim trymestrze powinny pozostać pod obserwacją do czasu wydalenia zarówno płodu, jak i łożyska.

2.3.2 *Dobór metody antykoncepcyjnej i poradnictwo w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową*

Przed opuszczeniem przez kobietę ośrodka, personel powinien jej zapewnić informacje i porady dotyczące antykoncepcji po przerwaniu ciąży, w tym antykoncepcji postkoitalnej (po stosunku).

Po przerwaniu ciąży można stosować wszystkie metody antykoncepcyjne, łącznie z wkładką wewnątrzmaciczną i środkami hormonalnymi, należy jednak uwzględnić stan zdrowia każdej kobiety i ograniczenia wiążące się z niektórymi metodami (patrz aneks 4). Nie należy używać diafragmy ani kapturka przez pierwsze 6 tygodni po przerwaniu ciąży w drugim trymestrze; istnieje też zwiększone ryzyko odrzucenia wkładki wewnątrzmacicznej, jeżeli będzie założona zaraz po przerwaniu ciąży w drugim trymestrze (Stanwood et al. 2001). Niektóre naturalne metody planowania rodziny

można zacząć stosować po upływie trzech cykli od przerwania ciąży (Światowa Organizacja Zdrowia 2000b). Szczególną ostrożność należy zachować, gdy kobieta chce się poddać sterylizacji, aby się upewnić, że jej decyzja nie została podjęta pod wpływem chwilowego kryzysu i kobieta nie będzie jej później żałować.

Ośrodki wykonujące zabiegi przerwania ciąży powinny same zapewnić dostęp do większości metod zapobiegania ciąży, jeżeli kobieta zdecyduje się na którąś z nich. Jeżeli ośrodek nie jest w stanie zapewnić kobiecie wybranej przez nią metody antykoncepcyjnej (np. sterylizacja jest rzadko wykonywana w ośrodkach opieki zdrowotnej pierwszego szczebla), należy ją poinformować, gdzie i jak może z tej metody skorzystać, oraz zaproponować metodę tymczasową. Wszystkie kobiety należy poinformować o antykoncepcji postkoitalnej i zapewnić ją tym, które nie chcą rozpocząć od razu stosowania rutynowej metody antykoncepcyjnej.

Personel powinien również porozmawiać z kobietą na temat zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową, w tym zakażeniu wirusem HIV, oraz o tym, jak ważne jest używanie prezerwatywy, niezależnie od wybranej przez kobietę metody antykoncepcyjnej. Informowanie o zapobieganiu zakażeniom jest szczególnie istotne w odniesieniu do osób, u których ryzyko zakażenia może być wyższe, i w rejonach o dużej częstotliwości zakażeń HIV. Można zaproponować dobrowolny test na obecność wirusa i poradnictwo lub skierowanie do innego ośrodka, gdzie przeprowadza się takie badania i udziela porad. Należy promować podwójne zabezpieczenie lub stosowanie metod zapobiegających jednocześnie ciąży i chorobom przenoszonym drogą płciową.

2.3.3 *Wskazówki dotyczące dbałości o zdrowie po zabiegu przerwania ciąży*

Kobiety poddające się zabiegowi przerwania ciąży powinny otrzymać jasne i proste wskazówki, ustnie i na piśmie, jak dbać o zdrowie po opuszczeniu ośrodka opieki zdrowotnej, a także jak rozpoznawać powikłania wymagające konsultacji lekarskiej. W trakcie oczekiwania na poronienie wywołane farmakologicznie, kobieta powinna mieć możliwość skontaktowania się z lekarzem lub inną osobą z personelu opieki zdrowotnej, która odpowie na pytania i udzieli wsparcia.

Przez kilka tygodni po zabiegowym przerwaniu ciąży może się pojawiać lekkie krwawienie, przypominające menstruację lub plamienie, a po zabiegu farmakologicznym – występować krwawienie przypominające miesiączkę lub obfitsze. Należy poinformować o tym kobietę. Do objawów wymagających konsultacji z lekarzem należą: nadmierne krwawienie, utrzymująca się ponad jeden dzień gorączka oraz ból w miednicy. Nudności, występujące czasem łącznie z wymiotami, zazwyczaj ustępują w ciągu 24 godzin od zabiegowego przerwania ciąży. Personel powinien poinformować kobietę o prawdopodobieństwie wystąpienia bolesnych skurczy, które

zwykle można złagodzić środkami przeciwbólowymi dostępnymi bez recepty. Kobiетom nie potrafiącym czytać należy udostępnić informacje na temat rozpoznawania komplikacji i tego, gdzie szukać w takim wypadku pomocy, w formie rysunkowej.

Po zabiegu przerwania ciąży w pierwszym trymestrze, większość kobiet może powrócić do codziennych zajęć i obowiązków w ciągu kilku godzin lub dni.

Wizyta kontrolna jest okazją do rozmowy z kobietą o jej doświadczeniach. Na przykład kobiety, które poddały się zabiegowi przerwania ciąży będącej wynikiem gwałtu lub ze względów medycznych, mogą odczuwać potrzebę porozmawiania o swoich rozterkach lub poczuciu straty, mogą też potrzebować dodatkowych porad.

BIBLIOGRAFIA

- Ashok P.W., Penney G.C., Flett G.M.M., Templeton A. (1998a) An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction* 13:2962-2965.
- Ashok P.W., Flett G.M., Templeton A. (1998b) Termination of pregnancy at 9-13 weeks' amenorrhoea with mifepristone and misoprostol. *Lancet* 352:542-543.
- Blanchard K., Winikoff B., Coyaji K., Ngoc N.T.N. (2000) Misoprostol alone: a new method of medical abortion? *Journal of the American Medical Women's Association* 55:189-190.
- Borgatta L., Nickinovich D. (1997) Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine* 42:287-293.
- Breitbart V. (2000) Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 183 (Suppl2):S26-S33.
- Bugalho A., Mocumbi S., Faundes A., David E. (2000) Termination of pregnancies <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception* 61:47-50.
- Cade L., Ashley J. (1993) Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia & Intensive Care* 21:93-96.
- Cameron I.T., Baird O.T. (1988) The return to ovulation following early abortion: a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)* 118:161-167.
- Cates W., Grimes D.A., Schultz K.F. (2000) Abortion surveillance at CDC: creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine* 19 (Suppl1):12-17.
- Costa S.H., Vessy M.P. (1993) Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet* 341:1258-1261.
- Creinin M.D. (2000) Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception* 62:117-124.
- Creinin M.D., Aubeny E. (1999) Medical abortion in early pregnancy. W: Paul M., Lichtenberg E.S., Borgatta L., Grimes D., Stubblefield P.G. (red.). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, s. 91-106.
- Dagg P.K.B. (1991) The psychological sequelae of therapeutic abortion- denied and completed. *American Journal of Psychiatry* 148:578-585.
- Dahl V., Fjellanger F., Raeder J.C. (2000) No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. *European Journal of Pain* 4:211-215.
- Dickinson J.E., Godfrey M., Evans S.F. (1998) Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *Journal of Maternal-Fetal Medicine* 7:115-119.
- Diniz E.M., Corradini H.B., Ramos J.L., Brock R. (1978) Efeitos sobre o concepto do metotrexato (ametopterina) administrado à mãe. Apresentação de caso. *Revista do Hospital das Clínicas; Faculdade de Medicina a Universidade de Sao Paulo* 33:286-290.
- Donati S., Medda E., Proietti S., Rizzo L., Spinelli A., Subrizi D., Grandolfo M.E. (1996) Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 70:145-149.
- El-Refaey H., Templeton A. (1995) Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Human Reproduction* 10:475-478.
- El-Refaey H., Rajasekar D., Abdalla M., Calder L., Templeton A. (1995) Induction of abortion with mifepristone (RU486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine* 332:983-987.
- Elul B., Ellertson C., Winikoff B., Coyaji K. (1999) Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. Data from a trial in China, Cuba and India. *Contraception* 59:107-114.
- Elul B., Hajn S., Ngoc N.N., Ellertson C., Slama G.B., Pearlman E., Winikoff B. (2001) Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 357:1402-1405.
- Feldkamp M., Carey J.C. (1993) Clinical teratology counselling and consultation case report: low dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology* 47:533-539.
- Finn R., Clarke C.A., Donohoe W.T.A., McConnell R.B., Sheppard P.M., Lehane D., Kulke W. (1961) Experimental studies on the prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal* 1:1486-1490.
- Fonseca W., Alencar A.J., Mota F.S., Coelho H.L. (1991) Misoprostol and congenital malformations. *Lancet* 338:56.
- Gemzell-Danielsson K., Ostlund E. (2000) Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. The clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 79:702-706.
- Gonzalez C.H., Marques-Dias M.J., Kim C.A., Sugayama S.M., Da Pa J.A., Huson S.M., Holmes L.B. (1998) Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. *Lancet* 351:1624-1627.
- Greenslade F.C., Benson J., Winkler J., Henderson V., Wolt M., Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2):1-4.
- Grimes D.A., Cates W. Jr. (1979) Complications from legally induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynaecological Survey* 34:177-191.
- Grimes D.A., Hulka J.F., McCutchen M.E. (1980) Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 137:785-790.
- Grimes D., Schulz K.F., Cates W., Tyler C.W. (1977) The Joint Program for the Study of Abortion/CDC - a preliminary report. W: Hern W., Andrikopolous B. (red.). *Abortion in the seventies*. New York, National Abortion Federation, s. 41-46.
- Grimes D.A., Schulz K.F., Cates W. Jr. (1984) Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA* 251:2108-2112.
- Hakim-Elahi E., Tovell H.M., Burnhill M.S. (1990) Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynaecology* 76:129-135.
- Hein A., Jakobsson J., Ryberg G. (1999) Paracetamol 1g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 43:245-247.
- Henshaw R.C., Templeton M. (1991) Pre-operative cervical preparation before first trimester vacuum aspiration: a randomized controlled comparison between gemeprost and mifepristone (RU 486). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 98:1025-1030.
- Ho P.C., Chan Y.F., Lau W. (1996) Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception* 53:281-283.
- Hogue C.J., Boardman L.A., Stotland N.L., Peipert J.F. (1999) Answering questions about long-term outcomes. W: Paul M., Lichtenberg E.S., Borgatta L., Grimes D., Stubblefield P.G. (red.). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, Churchill Livingstone, s. 217-228.
- Kaali S.G., Szigetvaril A., Bartfai G.S. (1989) The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 161:406-408.
- Lawson H.W., Frye A., Atrash H.K., Smith J.C., Shulman H.B., Ramick M. (1994) Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 171:1365-1372.

- Lean T.H., Vengadasalam D., Pachauri S., Miller E.R. (1976) A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 14:481-486.
- MacKay H.T., Schulz K.F., Grimes D.A. (1985) Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynaecology* 66:661-665.
- Matambo J., Moodley J., Chigumadzi P. (1999) Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal* 89:816.
- McKinley C., Thong K.J., Baird D.T. (1993) The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction* 8:1502-1505.
- Melbye M., Wohllahrt J., Olsen J.H., Frisch M., Westergaard T., Helweg-Larsen K., Andersen P.K. (1997) Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine* 336:81-85.
- Ngai S.W., Chan Y.M., Tang O.S., Ho P.C. (1999) The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Human Reproduction* 8:2139-2142.
- Ngai S.W., Tang O.S., Ho P.C. (2000) Randomized comparison of vaginal (200 microg every 3h) and oral (400 microg every 3h) misoprostol when combined with mifepristone in termination of second trimester pregnancy. *Human Reproduction* 15:2205-2208.
- Ngoc N.N., Winikoff B., Clark S., Ellertson C., Am K.N., Hieu D.T., Elul B. (1999) Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives* 25:10-14 & 33.
- Orioli M., Castilla E.E. (2000) Epidemiological assessment of misoprostol teratogenicity. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107:519-523.
- Osborn J.F., Arisi E., Spinelli A., Stali M.A. (1990) General anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *European Journal of Epidemiology* 6:416-422.
- Penney G.C., Thomson M., Norman J., McKenzie H., Vale L., Smith R., Imrie M. (1998) A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105:599-604.
- Peyron R., Aubeny E., Targosz V., Silvestre L., Renault M., Elkik F., Leclerc P., Ulmann A., Baulieu E.E. (1993) Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *New England Journal of Medicine* 21:1509-1513.
- Powell H.R., Ekert H. (1971) Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia* 2:1076-1077.
- RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) *The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No.7.* London, RCOG Press.
- Sawaya G.F., Grady D., Kerlikowske K., Grimes D.A. (1996) Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstetrics and Gynaecology* 87:884-890.
- Schaff E.A., Eisinger S.H., Stadius L.S., Franks P., Gore B.Z., Popperna S. (1999) Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception* 59:1-6.
- Schaff E.A., Stadius L.S., Eisinger S.H., Franks P. (1997) Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice* 44:353-360.
- Schonhofer P.S. (1991) Brazil: misuse of misoprostol as an abortifacient may induce malformations. *Lancet* 337:1534-1535.
- Schulz K.F., Grimes D.A., Cates W. Jr. (1983) Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1:1182-1184.
- Singh K., Fong Y.F., Prasad R.N.V., Dong F. (1998) Randomized trial to determine optimal dose of vaginal misoprostol for pre-abortion cervical priming. *Obstetrics and Gynaecology* 92:795-798.
- Smith G.M., Stubblefield PG, Chirchirillo L., McCarthy M.J. (1979) Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 133:489-498.
- Solo J. (2000) Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters* 8:45-51.
- Sopwith W., Garner P., Hart A. (2001) Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review of decontamination procedures. *Liverpool School of Tropical Medicine*. Dostępne na stronie: www.liv.ac.uk/Istm/deconreview.html
- Spitz I.M., Bardin G.W., Benton L., Robbins A. (1998) Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine* 338:1241-1247.
- Stanwood N.L., Grimes D.A., Schulz K.F. (2001) Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108:1168-1173.
- Suprpto K., Reed S. (1984) Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 150:1000-1001.
- Swahn M.L., Bygdeman M. (1988) The effect of the antiprogesterin RU486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 95:126-134.
- Tang O.S., Thong K.J., Baird D.T. (2001) Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception* 64:29-32.
- Thong K.J., Robertson A.J., Baird D.T. (1992) A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16, 16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins* 44:65-74.
- Thonneau P., Fougereyrollas B., Ducot B., Boubilley D., Dit J., Lalande M., Soulat C. (1998) Complications of abortion performed under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 81:59-63.
- Trussell J., Ellertson C. (1999) Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception* 60:119-135.
- UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. (1997) Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters* 9: 162-166.
- Urquhart D.R., Templeton M. (1990) Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet* 335:914.
- Urquhart D.R., Templeton M., Shinewi F., Chapman M., Hawkins K., McGarry J., Rodger M., Baird D.T. et al. (1997) The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study – final results. *Contraception* 55:1-5.
- Westfall J.M., O'Brien-Gonzales A., Barley G. (1998) Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women's Health* 7:991-995.
- Winikoff B., Sivin I., Coyaji K.J., Cabezas E., Xiao B., Gu S., Du M.K., Krishna U.H., Eschen A., Ellertson C. (1997) Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 176:431-437.
- Wong K.S., Ngai C.S.W., Khan K.S., Tang L.C., Ho P.C. (1996) Termination of second trimester pregnancy with gemeprost and misoprostol: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Contraception* 54:23-25.
- World Health Organization. (1994) *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Geneva, World Health Organization. (WHO/FHE/MSM/94.1)
- World Health Organization. (1997) *Medical methods for termination of pregnancy*. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (1999) *HIV and pregnancy: a review*. Geneva, World Health Organization. (WHO/CHS/RHR/99.15)
- World Health Organization. (2000a) *Managing the complication of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/OO.7)
- World Health Organization. (2000b) *Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive methods*. Wydanie drugie. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.02)
- World Health Organization. (2001) *Fact Sheet 11: HIV and the work place and universal precautions*. Geneva, World Health Organization. Dostępne na stronie: www.who.in/VHIV_AIDS/nursemidwives/tact-sheet-11
- World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. (1993) Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal* 307:532-537.
- World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. (1994) Cervical ripening with mifepristone (RU486) in late first trimester abortion. *Contraception* 50:461-475.
- World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. (2000) Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107:524-530.